

Università Telematica Pegaso



**Master in
ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE TERRITORIO
(MA358 – I edizione)**

**La progettazione terapeutica dell'anziano
attraverso la Valutazione Multi
Dimensionale ed il Piano Assistenziale
Individuale**

RELATORE:

Prof. ssa Daniela Mazzoni

CANDIDATO:

Sara Strumendo

**Anno Accademico
2014-2015**

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
1° CAPITOLO	
1.1 L'invecchiamento della popolazione	pag. 3
1.2 Le malattie cronico degenerative	pag. 3
1.3 L'anziano fragile	pag. 4
1.4 L'integrazione socio-sanitaria	pag. 4
2° CAPITOLO	
2.1 L'approccio multidimensionale all'anziano fragile	pag. 6
2.2 La valutazione multidimensionale (VMD) e l'unita' valutativa multidimensionale (UVM)	pag. 7
2.3 Gli strumenti di lavoro	pag. 9
3° CAPITOLO	
3.1 Il Piano Assistenziale Individuale	pag. 11
3.2 La Residenza Sanitaria Assistenziale, il lavoro d'equipe ed il PAI	pag. 19
3.3 Il PAI come strumento di lavoro nelle Rsa	pag. 19
3.4 L'équipe multi professionale	pag. 22
3.5. Le Figure Professionali	pag. 24
4° CAPITOLO	
4.1 La mia esperienza di "PAI" presso la "Residenza Santa Margherita"	pag. 25
4.2 Pai Web	pag. 27
CONCLUSIONI	pag. 30
BIBLIOGRAFIA	pag. 32
SITOGRAFIA	pag. 34

INTRODUZIONE

Questa tesi attraverso la ricerca bibliografica di vari articoli, siti e libri tratta la presa in carico dell'anziano attraverso l'Unità Valutativa Multidimensionale e la Valutazione Multidimensionale, la stesura del Piano Assistenziale Individuale ed il suo utilizzo, nello specifico all'interno della Residenza Santa Margherita in cui ho svolto il tirocinio formativo.

L'obiettivo è quello di vedere nel concreto l'attuazione del Piano Assistenziale Individuale attraverso il ruolo d'équipe multi professionale .

Sarà un documento suddiviso in quattro parti principali attraverso cui si entrerà nel merito della parte teorica dell'argomento per chiudere alla fine con la mia esperienza di tirocinio.

La prima parte è dedicata all'anziano, alle malattie cronico degenerative e all'integrazione socio sanitaria.

Per quanto riguarda la seconda parte è stata realizzata attraverso una ricerca per lo più svolta su testi specifici e articoli che affrontano l'aspetto normativo e organizzativo dell'UVM e dell'VMD. A questa seguirà la terza parte teorica riguardante il Piano Assistenziale Individuale ed a quest'ultimo applicato in strutture come le RSA attraverso il ruolo d'équipe.

L'ultima parte si focalizza sul esperienza di tirocinio dove verrà dimostrato in pratica l'attuazione del PAI presso la Residenza Santa Margherita e nello specifico l'attuazione del Pai informatizzato.

Infine, ci sarà un'illustrazione conclusiva dei vari argomenti trattati.

1° CAPITOLO

1.1. *L'invecchiamento della popolazione*

E' noto come lo sviluppo di nuovi stili di vita abbia aumentato negli anni il benessere generale della comunità. La conseguenza di questo benessere si è riversata nel quadro demografico della popolazione, sempre più anziana e con un'aspettativa di vita sempre più alta.

Dai dati Istat degli ultimi anni è stato registrato un incremento delle persone anziane in Italia, e tale fenomeno è stato rafforzato dalla diminuzione del numero di nascite annuali. (ISTAT, 2015)

Se l'aumento dell'aspettativa di vita consente a molti soggetti di raggiungere l'età anziana in discreto benessere ed indipendenza, essa contemporaneamente sta determinando l'aumento esponenziale di una nuova categoria di malati, quella degli anziani caratterizzati da una particolare vulnerabilità per la contemporanea presenza di più malattie croniche, fragilità e disabilità, tali da richiedere elevate e specifiche competenze professionali ed una diversa e specifica organizzazione assistenziale (REPORT OF THE COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, 1990)

1.2. *Le malattie cronico degenerative*

I bisogni sanitari e sociali sono legati allo sviluppo di malattie croniche e alle loro conseguenze, le patologie assumono caratteristiche complesse e il paziente diventa sempre più fragile.

Come conseguenza dell'invecchiamento, le patologie cronico - degenerative interessano soprattutto le persone anziane.

La cronicità, che molto spesso deriva dall'adozione di stili di vita non salubri aumenta il grado di non-autosufficienza della persona stessa.

Le malattie croniche, oltre a essere permanenti, sono in grado di sviluppare un tasso

di disabilità variabile e rappresentano una delle principali cause di marginalità sociale. (ISTAT, 2014)

Da tali presupposti, l'obiettivo fondamentale del rinnovamento del sistema sanitario nel territorio risiede nell'individuare interventi personalizzati che facilitino il paziente, interventi che assicurino l'autosufficienza e la qualità della vita a livello psicofisico e relazionale.

1.3. *L'anziano fragile*

Il paziente anziano fragile è definito da numerosi studi come portatore di più patologie croniche, ma dobbiamo tenere presente che lo stato funzionale dell'individuo è il risultato della somma delle malattie da lui presentate abbinata ad altri fattori come le condizioni economiche, ambientali, neuropsicologiche e oggettive.

La fragilità spetta al paziente più anziano, al più malato, al più complesso ma anche al più povero, al più indifeso e al più solo.

Per poter garantire un'assistenza attenta ai bisogni ed alle capacità e risorse ancora presenti dobbiamo conoscere la persona e per fare ciò dobbiamo osservarla, saper utilizzare specifici strumenti di valutazione e saper lavorare in gruppo (MONICA ZANOLLA, 2009).

1.4. *L'integrazione socio-sanitaria*

L'integrazione socio-sanitaria si conferma strategia da perseguire a tutti i livelli del sistema, quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere al di là di logiche settoriali ed autoreferenziali.

Aspetti imprescindibili per realizzare l'integrazione socio-sanitaria sono:

- l'adozione di *un approccio per percorsi assistenziali integrati*, a partire dalla progettazione programmazione degli interventi, alla realizzazione della presa in carico, alla valutazione degli esiti termini di risultati conseguiti;

- la *partecipazione della persona* attraverso la personalizzazione degli interventi, valorizzando la relazione interpersonale anche in termini di qualità del tempo dedicato, la facilitazione all'accesso, il coinvolgimento del paziente nei percorsi assistenziali;

- la *multiprofessionalità* quale cardine per formulare una azione integrata e continuativa;

- la *valorizzazione della rete*, non soltanto istituzionale (Aziende ULSS, Comuni, Scuole, ecc.) ma anche informale (rete parentale, amicale, volontariato, privato sociale), costruendo sinergie tra le varie risorse.

L'integrazione socio-sanitaria trova realizzazione laddove è possibile valutare in modo unitario ed uniforme i bisogni sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali, che hanno portato alla formulazione di una domanda: questo si realizza di norma attraverso l'UVMD (ALLEGATO B alla Dgr n. 975 ,2013.)

2° CAPITOLO

2.1. L'approccio multidimensionale all'anziano fragile

La fragilità viene attualmente definita come una condizione dinamica di aumentata vulnerabilità, che riflette modificazioni fisiopatologiche età-correlate di natura multisistemica, associata ad un aumentato rischio di outcome negativi, quali istituzionalizzazione, ospedalizzazione e morte. La sua identificazione, trattamento e prevenzione sono oggi considerati il “cuore” ed allo stesso tempo la sfida principale della medicina geriatrica (FRIED L. et al, 2009).

Recentemente un nuovo concetto di fragilità è emerso in relazione alla sua applicabilità nella pratica clinica (DE LEPELEIRE J. Et al., 2009).

Secondo questa visione, la fragilità viene interpretata come una condizione integrata e multidimensionale in cui le dimensioni come quella biologica, funzionale, psicologico e sociale, interagiscono tra loro determinando e caratterizzando la fragilità (GOBBENS RJJ. Et al., 2010).

Poichè alla base della complessità bio-psico-sociale e clinica dell'anziano fragile vi è l'interazione delle diverse “dimensioni”, la valutazione multidimensionale (VMD) è lo strumento di scelta per la diagnosi di fragilità, in quanto in grado di esplorare la multidimensionalità dell'anziano (A.PILOTTO Et al., 2009).

La VMD si attua somministrando al paziente scale di valutazione specifiche per ogni campo da esplorare quali la disabilità funzionale, la cognitiva, il tono dell'umore, lo stato nutrizionale, la comorbilità, il rischio di caduta o di comparsa di lesioni da decubito, lo stato abitativo, il contesto sociale e assistenziale del soggetto. Il pregio di questi strumenti di VMD di prima generazione, è che sono metodi validati in differenti tipologie di soggetti anziani, semplici e rapidi nell'esecuzione, ampiamente diffusi e quindi confrontabili sia in ambito clinico che di ricerca. L'introduzione di strumenti di VMD di seconda e terza generazione ha migliorato i criteri di applicazione della VMD in diverse tipologie di popolazione anziana (BERNABEI R. Et Al. 2008).

2.2. La valutazione multidimensionale (VMD) e l'unità valutativa multidimensionale (UVM)

Una buona risposta per garantire un'assistenza attenta ai bisogni, alle capacità e risorse presenti nell'anziano è la Valutazione Multidimensionale che ha l'obiettivo di definire in modo complesso lo stato di salute della persona anziana, individua le aree sulle quali intervenire e dà la possibilità al gruppo di lavoro di diventare una buona squadra (MONICA ZANOLLA, 2009).

La valutazione multidimensionale (VMD) è l'approccio sociosanitario alle procedure di valutazione e di presa in carico di una persona o di un nucleo con difficoltà di carattere psico-fisico e problemi di ordine sociale. La definizione di VMD è di : processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona (LINEE GUIDA NAZIONALI PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA, 2013).

Con il termine "valutazione" si intende l'analisi accurata delle capacità funzionali e dei bisogni che la persona anziana presenta a vari livelli:

- biologico e clinico (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc);
- psicologico (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc);
- sociale (situazione abitativa, economica ecc)
- funzionale .

L'UVM, attraverso la valutazione multidimensionale e multiprofessionale elabora un progetto personalizzato degli interventi, individuando la migliore soluzione possibile. Inoltre la VMD serve per capire se gli interventi risultano efficaci o se necessitano di modifiche.

L'UVM che effettua la VMD è composta da un'équipe di professionisti che operano all'interno dell'organizzazione che si occupa dell'anziano, coinvolge più figure professionali che garantiscono una corretta analisi del bisogno (MONICA ZANOLLA, 2009)

Varie e diversificate sono le funzioni attribuite alle UVM, che possono comprendere:

- la valutazione multiprofessionale e multidimensionale VMD che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate;
 - l'approvazione di programmi per le persone non autosufficienti al fine di mantenere le loro capacità residue;
 - la certificazione delle situazioni di non autosufficienza;
 - l'individuazione dell'operatore referente del progetto per la persona;
 - l'individuazione delle risposte ai bisogni mediante la definizione dell'accesso al sistema integrato dei servizi;
 - il monitoraggio e verifica dei risultati dei singoli progetti approvati, nonché la rivalutazione per gli utenti che ne hanno necessità. (LINEE GUIDA NAZIONALI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, 2013)
 - Acquisisce le domande dell'utenza;
 - Accerta le condizioni di eleggibilità per la presa in carico;
 - Predispone il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI);
 - Acquisisce il consenso informato/contratto;
 - Si relaziona costantemente con tutti i servizi territoriali, con i presidi ospedalieri e con gli Uffici di promozione sociale dei comuni.

Sono componenti della UVM:

- coordinatore sociosanitario o altro Dirigente
- assistente sociale
- Medico di Medicina Generale
- Medico specialista o altre figure professionali specifiche

Partecipano inoltre, a bisogno e su richiesta, professionisti che, con le proprie conoscenze sul caso, possono contribuire alla migliore soluzione del problema (LINEE GUIDA NAZIONALI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, 2013)

2.3. Gli strumenti di lavoro

Come già accennato lo strumento fondamentale della UVM è la valutazione multidimensionale che permette di esplorare i settori in cui si può verificare la non autosufficienza fisica e psichica, dalle problematiche di ordine ambientale, ai problemi delle interazioni sociali, al tono dell'umore e all'entità del supporto informale (famiglia, vicini, volontariato).

Pertanto per espletare in maniera oggettiva e scientifica la valutazione multidimensionale, la UVM ricorre a scale e strumenti scientifica-mente validati (ossia già sottoposti a revisioni critiche). Tra i diversi strumenti utilizzabili si richiamano quelli che consentono, ai fini della misurazione della non autosufficienza, l'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psico-fisica: autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali e di un asse collegato alle caratteristiche sociali: supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria (LINEE GUIDA NAZIONALI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, 2013)

Esempi di scale sono: Katz Adl Scale, Barthel Index, Scala Tinetti, Mini Nutritional Assessment, Norton, Norton modificata Stotts, MMSE, Neuropsychiatric Inventory, Geriatric Depression Scale, Cornell Scale for Depression in Dementia, Sandoz Clinical Assesment Geriatric, Plutchik Geriatric Rating Scale. (MONICA ZANOLLA, 2009)

Nella Regione Veneto viene utilizzata la scheda S.VA.M.A. (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano) che è una scheda che analizza tutti gli aspetti della vita di un soggetto: salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica. Essa permette di avere un quadro di riferimento assolutamente imparziale e completo per giudicare lo stato qualitativo di vita delle persone anziane fragili. La valutazione attraverso tale strumento viene effettuata dai diversi componenti della Unità di

Valutazione Multidimensionale supportati da professionisti esperti in settori specifici.

Va ricordato che le valutazioni, qualunque strumento esse utilizzino, devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare la rispondenza tra i bisogni analizzati e le prestazioni erogate.

3° CAPITOLO

3.1. PAI – Piano Assistenziale Individualizzato

Negli ultimi anni in Veneto ed in altre Regioni Italiane si stanno sviluppando i PAI – Percorsi Assistenziali Individualizzati (REGIONE VENETO, 2011).

I PAI partono dall'idea base di personalizzare il percorso di cura, e non definirlo solo per gruppi di patologie, come avviene per i PDTA. Tali Piani Assistenziali sono infatti rivolti a quei pazienti, nella maggior parte dei casi anziani, portatori di più patologie croniche diverse tra loro: personalizzare vuol dire considerare la persona nella propria individualità, con tutte le sue varianti.

Tale approccio permette una gestione più vicina, centrale e sensibile al paziente, alla conoscenza approfondita dei suoi aspetti di vita e al suo benessere, che devono essere sempre monitorati e aggiornati. A persone diverse corrispondono percorsi e piani di cura diversi. (ROFFIA R. et al., 2010).

Il PAI è il programma di lavoro organico dell'equipe multiprofessionale: è costruito a partire dalle indicazioni contenute nella VMD e definisce obiettivi, condivisione (anche con i familiari) assegnazione di compiti, parametri e strumenti di monitoraggio e verifica. Va modificato nel tempo con il contributo di tutti gli operatori che interagiscono con la stessa e sono in grado di riferire sui suoi specifici bisogni e comportamenti (LINEE GUIDA NAZIONALI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, 2013).

Elemento strategico del PAI è la sua discussione e condivisione con i familiari, perché rappresenta la presa d'atto delle reali condizioni e dei bisogni dell'assistito, nonché di comprensione del lavoro dell'equipe. La sua costruzione e il suo periodico di aggiornamento assumono anche un valore formale, poichè sancisce la responsabilità del servizio e degli operatori che hanno preso in carico la persona (<http://www.animanziani.it>).

Si tratta di un documento che sintetizza in un'ottica multidisciplinare le informazioni relative al soggetto in condizioni di bisogno, con l'intento di postulare e attuare un progetto di cura e assistenza che abbia l'obiettivo primario di favorire la miglior

condizione di salute e benessere del soggetto in questione. Il PAI comprende gli aspetti clinico sanitari, la valutazione degli operatori che quotidianamente si prendono cura del soggetto (per esempio, infermieri, OSS), gli interventi eventualmente necessari.

Evidenzia anche aspetti inerenti la sfera affettivo-relazionale e linguistico comunicativa. La stesura avviene con il contributo di tutti gli operatori coinvolti (medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, assistenti sociali, educatori, psicologi, logopedisti). Sono chiaramente necessarie l'integrazione e la condivisione con il nucleo familiare. Il PAI individua gli obiettivi di cura e assistenza che l'équipe multidisciplinare che si prende carico del soggetto intende perseguire. Tali obiettivi sono soggetti a verifica e adeguamento periodico e devono essere quindi misurabili e quantificabili (FRANCO LUCISANO,2014).

I PAI sono composti da cinque fasi: raccolta dati; identificazione del problema; formulazione di obiettivi; pianificazione e attuazione degli interventi; valutazione finale. Prima dell'ingresso in struttura o subito dopo vengono raccolti i dati principali del paziente: notizie di ordine sanitario, assistenziale e psico-sociale. Successivamente vengono identificati i problemi e i conseguenti obiettivi da raggiungere.

Tuttavia, esistono problemi con priorità diverse, motivo per il quale deve essere prestata maggiore attenzione e pronto intervento ai problemi più urgenti.

Nella fase di pianificazione degli interventi le soluzioni da attuare devono essere adeguate e conformi alle priorità personali e alle risorse disponibili. Gli interventi possono assumere varie forme, ecco perché all'interno del percorso è importante che ciascun membro dell'équipe assistenziale sia ben preparato e pronto all'intervento. Infine, c'è la fase di valutazione finale: essa consiste in un'attenta analisi delle qualità, delle modalità con cui l'obiettivo prefissato è stato o meno raggiunto e del grado di soddisfazione dell'ospite durante il percorso. Tutti gli operatori nelle varie fasi del processo diventano quindi responsabili per il raggiungimento dell'obiettivo finale (ROFFIA R. et al., 2010) .

Quanto deciso in équipe viene scritto e sottoscritto da tutti i componenti e portato a conoscenza di tutto il personale che si occupa dell'assistenza, inoltre tale documento deve essere sempre accessibile e consultabile da qualsiasi operatore lavori direttamente con l'anziano a cui si riferisce. Poiché il PAI è soggetto a verifica periodica, gli obiettivi

individuati devono essere misurabili, occorre quindi identificare l'indicatore o gli indicatori che permettano di valutare, alla scadenza prevista, il successo degli interventi ipotizzati trovando riscontro in scale di valutazione (MONICA ZANOLLA, 2009)

Figura 1: Esempio di PAI

BIOGRAFIA
Storia personale di:
Nome.....
Informazioni fornite da (nome e parentela).....
Stato civile : <input type="radio"/> celibe/nubile <input type="radio"/> vedovo/a <input type="radio"/> coniugato/a
N.figli.....
Indirizzi (ovvero luoghi abitati dalla persona):
Professioni svolte e grado di istruzione:
Lingue parlate e dialetti:
Rapporto con la spiritualità:
Eventi principali che hanno caratterizzato la sua vita:
Notizie sugli interessi del passato, prima dell'esordio della malattia:
Notizie su interessi attuali, dopo l'esordio della malattia (come trascorreva il tempo nell'ultimo periodo, programmi televisivi preferiti..):
Gradimento attività aria aperta e rapporto con gli animali... giardinaggio...:
Relazioni sociali (amicizie, socializzazione..):
Oggetti particolari che ha con sé o dei quali predilige l'utilizzo:
Odori, sapori, rumori, colori, musica, letture...(graditi e sgraditi):
Relazione con la corporeità...(accetta il contatto fisico)...:
Figure familiari importanti, con le quali entra più facilmente in relazione (incluso persone decedute/abbandoni – come sono decedute- con le quali la persona aveva un particolare rapporto e loro nome):
Paure particolari (buio, rumori..) rilevate dai familiari:
Abitudini (barrare se presenti ed indicare gli orari)
-riposo pomeridiano.....

-riti prima di addormentarsi
-riti al risveglio.....
-riti durante il giorno.....
Motivi che hanno condotto alla decisione dell'accesso al servizio:
Problemi comportamentali e descrizione del loro manifestarsi e modo di affrontarli dalla famiglia:
Ricoveri precedenti e eventuali relazioni:
Abitudini alimentari (cibi e bevande preferite e sgradite, orari abituali, alcolici...):
Altre osservazioni:
Firma operatore che ha compilato la scheda.....
Firme famigliari.....
Data:.....

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE	
Cognome e Nome:..... Data di Nascita:.....	
Data ingresso:..... Profilo certificato : auto/non autosuff.	
Equipe del/...../.....	
Convocata per:	
-Inserimento -eventi particolari -verifica -dimissione	
Strumenti di valutazione utilizzati ed esito:	
MMSE.... GDS... Tinetti.... NPI... NORTON.....	
Problematiche- bisogni emersi:	
descrizione.....	
.....	
Rilevazioni e interventi	
MEDICO	Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione....
Attività e prestazioni	Descrizione delle attività che verranno eseguite dal professionista(cosa,come,quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione (MINUTAGGIO)

COORDINATORE INFERMIERISTICO	Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione....
Attività e prestazioni	Descrizione delle attività che verranno eseguite dal professionista(cosa,come,quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione.
OPERATORE ASSISTENZIALE	Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione...
Attività e prestazioni	Descrizione delle attività che verranno eseguite dal professionista(cosa,come,quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione.
COORDINATORE ASSISTENZIALE	Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione....
Attività e prestazioni	Descrizione delle attività che verranno eseguite dal professionista(cosa,come,quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione.
FISIOTERAPISTA	Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione....
Attività e prestazioni	Descrizione delle attività che verranno eseguite dal professionista(cosa,come,quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione.
PSICOLOGO	Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione....
Attività e prestazioni	Descrizione delle attività che verranno eseguite dal professionista(cosa,come,quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione.
OSPITE	Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione....
Attività e prestazioni	Descrizione delle attività che verranno eseguite dal professionista(cosa,come,quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione.
FAMILIARE DI RIFERIMENTO	Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione....

Attività e prestazioni	Descrizione delle attività che verranno eseguite dal professionista(cosa,come,quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione.
ASSISTENTE SOCIALE	Osservazioni specifiche, proposte, perplessità, aggiornamenti sulla condizione....
Attività e prestazioni	Descrizione delle attività che verranno eseguite dal professionista(cosa,come,quando) indicando anche il tempo necessario per la realizzazione.
Totale minutaggio assistenziale:.....	
Firme dei partecipanti alla definizione del PAI	
Medico	Operatore d'assistenza
.....
Psicologo	Fisioterapista
.....
.....
.....
.....

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE					
Del sig./sig.ra.....					
Prima compilazione il giorno					
Area Sanitaria					
Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/Operatore	Verifiche
Area assistenziale					
Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/Operatore	Verifiche
Area Relazionale					
Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/Operatore	Verifiche

Area riabilitativa					
Data	Problemi	Obiettivi	Interventi	Tempi/Operatore	Verifiche
Sintesi degli interventi					
Obiettivo prioritario					
Data della compilazione.....					
Operatori					
M.M.G				
CPS INF				
Operatore Assistenziale				
Assistente sociale				
Familiare				
Fisioterapista				
Animatore/Terapista occupazionale				
Educatore				
Referente del progetto				

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE	
Cognome e Nome.....	
P.A.I. elaborato da	
Data.....	
Problema/bisogno	Indicare le problematiche e/o le necessità espresse dall'assistito
Obiettivo	Specificare cosa si vuole raggiungere/realizzare con

	questo progetto
Strategie di intervento/azioni	Indicare tutte le informazioni/conoscenze utili alla realizzazione/raggiungimento dell'obiettivo
Chi fa cosa, come e quando	Specificare chi esegue l'attività, le modalità per effettuarla e in che momento/turno lavorativo eseguirla
Tempo	Calcolare il minutaggio assistenziale necessario per realizzare il progetto
Verifica ed indicatori in itinere	Definire le date di verifica e quali indicatori utilizzare per documentare i risultati
Valutazione	Documentazione finale

Coinvolgimento del familiare al PAI	
Nome Assistito.....	
Nome Familiare.....	
Data.....	
Problema/Bisogno	Indicare i suggerimenti e/o come il familiare partecipa alla rilevazione del problema emerso.
Obiettivi	Indicare i suggerimenti e/o come il familiare partecipa all'individuazione degli obiettivi e alla loro priorità.
Intervento	Definizione e descrizione dell'attività eseguita dal o con il familiare
Verifica verrà svolta e documentata assieme al familiare.....	

Esempio di PAI: Tratto da La Progettazione terapeutica nelle strutture socio-sanitarie, Monica Z. (2009).

3.2. La Residenza Sanitaria Assistenziale, il lavoro d'équipe ed il PAI

L'RSA è una struttura residenziale che garantisce assistenza e riabilitazione agli anziani e disabili. E' un servizio extraospedaliero, caratterizzato dall'integrazione dell'assistenza sanitaria con quella sociale. Ospita persone in condizione temporanea o permanente di semi-autosufficienza o non autosufficienza, affette da patologie croniche stabilizzate e non che richiedono un'assistenza infermieristica, riabilitativa e di supporto alle attività di vita quotidiana. Spesso l'ammissione in RSA è condizionata dall'assenza di un idoneo supporto familiare. La permanenza può essere temporanea o permanente. Al momento dell'ingresso un'équipe multidisciplinare composta da tutti i servizi sanitari, si riunisce per analizzare la situazione clinica e per programmare la metodologia di intervento sul paziente. L'équipe predispone il PAI con il quale la struttura garantisce ad ogni ospite un'assistenza su misura e personalizzata. Ad intervalli regolari l'équipe si riunisce per monitorare la situazione, valutare i risultati delle attività e all'occorrenza apportare eventuali modifiche al piano d'intervento. Obiettivo di questo programma è la valorizzazione dell'individualità dell'ospite che viene valutato nella sua complessità, costruendo attorno a lui le attività di sostegno. L'introduzione del PAI nelle RSA ha in qualche modo rivoluzionato l'assistenza all'anziano. Con esso tutti gli operatori diventano in diversa misura con le proprie competenze attori delle strategie di intervento dando il proprio contributo per analizzare la situazione, definire gli obiettivi da raggiungere, individuare gli interventi da porre in atto. (GIANLUIGI VIGANÒ,2013)

3.3 Il PAI come strumento di lavoro nelle Rsa

L'attuale normativa nazionale indica come uno dei requisiti minimi organizzativi delle RSA la "...stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati" attraverso una valutazione multidimensionale che viene effettuata anche con l'uso di strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente.

Ad esempio la Regione Lombardia facendo propria l'indicazione nazionale inserisce fra i requisiti per l'accreditamento la "stesura di un piano di assistenza individuale corrispondente ai bisogni, problemi e propensioni degli ospiti" e individua quali indicatori: "esistenza di un piano terapeutico, assistenziale e riabilitativo per ogni ospite, comprensivo del piano delle attività animative e occupazionali". La stesura di un piano di assistenza individualizzato, dimostrabile attraverso la compilazione di un documento cartaceo, implica, quindi, per ogni struttura, un processo di attenzione che comincia ogni volta venga inserito un nuovo ospite e presuppone una modalità interdisciplinare di lavoro fra gli operatori.

Il PAI è uno strumento di sintesi, non di esercizio: è la rappresentazione del progetto globale sulla persona che deriva da:

- aspetti clinico-sanitari di competenza medica
- valutazione dei bisogni assistenziali di competenza dell'Infermiere Professionale e dell'ASA
- valutazione dei bisogni di riattivazione di competenza del fisioterapista
- valutazione dei bisogni personali, di relazione e socializzazione di competenza dell'operatore sociale (per operatore sociale si intendono le seguenti figure professionali: l'animatore, l'educatore, l'assistente sociale, lo psicologo).

Il PAI è uno strumento di un'équipe di lavoro dove è utile anche la partecipazione del personale ausiliario.

Nel PAI:

- è presa in considerazione la persona nella sua globalità
- l'anziano e/o la sua famiglia rivestono un ruolo importante
- devono comparire, in prima stesura, anche le motivazioni dell'ingresso
- vanno identificati l'obiettivo/gli obiettivi che devono essere concreti misurabili e congruenti con i dati sintetici di conoscenza dell'anziano.

Il PAI:

- deve essere suddiviso in domini previsti dalla normativa
- deve essere modificato ogni qual volta vi siano dei cambiamenti sostanziali nell'anziano

- non va rivisto in presenza di fasi di acuzie che, in termini di probabilità, sono destinate al ripristino delle condizioni precedenti.

Il PAI comincia dal momento di inserimento dell'anziano in RSA. Prima dell'ingresso in struttura o immediatamente dopo l'ingresso, tramite visita domiciliare o colloquio con l'anziano e/o i suoi familiari e/o le figure significative per l'anziano, vengono raccolte: 1. notizie di ordine sanitario 2. notizie di ordine assistenziale 3. notizie di ordine psico sociale con particolare riferimento alla storia biografica, alle preferenze ed inclinazioni, alle aspettative rispetto al ricovero. Questo primo approccio con l'anziano e/o la sua famiglia permette di cominciare a condividere i problemi aperti e le risorse presenti comunicando, eventualmente, con l'aiuto dei professionisti, quali aspettative espresse dai familiari risultino di difficile realizzazione.

L'équipe multidisciplinare, formata quantomeno da medico, infermiere professionale, ASA, operatore della riabilitazione ed almeno un operatore sociale, considera le informazioni raccolte e definisce i possibili obiettivi specifici, tenendo presente comunque che l'output atteso è il miglior benessere possibile della persona nonostante la malattia e la disabilità. Quanto deciso in équipe viene portato a conoscenza di tutto il personale che si occupa dell'assistenza.

Il PAI, sia nella stesura preliminare che in quella definitiva, deve essere sempre accessibile e consultabile da qualsiasi operatore lavori direttamente con l'anziano.

Segue un periodo di conoscenza dell'ospite, definito nel tempo (normalmente di tre settimane / un mese) durante il quale il personale, ciascuno per le proprie specifiche competenze professionali, raccoglie elementi (tramite colloqui, somministrazione test, visite mediche...) sull'ospite e sui suoi familiari (problemi clinici e psicologici, problemi relazionali, problemi funzionali etc. ma anche relative risorse) ed annota quanto emerge, al fine di confermare e/o modificare i rilievi raccolti negli step precedenti. Dopo tale periodo di osservazione viene stilato un progetto definitivo di assistenza che bilanci risorse e problemi (sia dell'anziano che della struttura).

Poiché il PAI è soggetto a verifica periodica, gli obiettivi individuati devono essere misurabili.

Occorre quindi identificare l'indicatore/ gli indicatori che permettano di valutare, alla scadenza prevista, il successo degli interventi ipotizzati trovando riscontro in scale di valutazione. Per quanto riguarda gli interventi sociali non sempre risultano disponibili scale validate per verificarne l'efficacia. Sarà necessario, quindi, avere molta cura nell'identificare l'indicatore concreto da monitorare.

L'anziano con capacità cognitive integre e capacità di autodeterminazione deve avere un ruolo significativo nella discussione del suo progetto.

Negli altri casi, comunque, la stesura definitiva del PAI viene comunicata alla famiglia. I familiari pur non essendo necessariamente presenti in équipe, al fine di meglio comprendere il lavoro del personale, sono informati degli obiettivi definiti e degli interventi programmati. Collaborano alla buona riuscita del progetto assistenziale, apportando, qualora necessario, suggerimenti, critiche e dando un supporto concreto alla gestione dell'ospite, se previsto dal PAI. Quanto espresso dalla famiglia ed eventuali compiti assunti potrebbero essere registrati all'interno dello strumento PAI sotto un'eventuale voce "osservazioni dei familiari". Il ruolo dei parenti potrebbe, quindi, essere rivalutato in chiave positiva e fatto parte integrante degli interventi del PAI, al fine di ottenere il massimo raggiungimento dei risultati voluti.

L'organizzazione deve consentire di discutere il PAI almeno ogni 3 mesi in condizioni di stabilità e tutte le volte che una situazione critica richieda una modifica delle necessità assistenziali. Lo scopo del lavoro di stesura del PAI con relativi obiettivi e rivalutazioni periodiche dovrebbe essere quello di diventare un processo dinamico che segue l'evolversi nel tempo dell'ospite e dei problemi intercorrenti in RSA. Qualunque operatore dovrebbe essere libero di chiedere una riunione d'équipe per la rivalutazione del PAI a seguito di elementi importanti rilevati. La richiesta avverrà considerando le modalità organizzative presenti nella struttura. (LINA PAGANINI, 2007)

3.4 L'Equipe multiprofessionale

Il lavoro in équipe multiprofessionale è una modalità di lavoro collettivo, caratterizzato

dall'interazione di vari interventi tecnici delle diverse figure professionali attraverso la comunicazione verbale e scritta.

Lavorare in équipe significa che non è una sola figura professionale che si occupa del paziente, né che molte figure si occupano del paziente ognuna indipendentemente dall'altra, cioè in maniera separata.

Il lavoro di équipe significa, invece, che la cura viene effettuata da un gruppo "integrato", cioè da persone che lavorano in modo armonico tra di loro e che condizionano il proprio compito attraverso una continua correlazione fatta di interscambi, di confronti, di contributi, di suggerimenti, di pareri ...

Nell'équipe sono mantenuti i rapporti gerarchici, l'autonomia e l'indipendenza tecnica, pur nella flessibilità della suddivisione del lavoro. Spesso, per la diversa preparazione e competenza, è attribuito valore diverso alle varie figure professionali e ciò può generare tensioni.

L'integrazione tra le varie figure professionali può avvenire solo se si mantiene una comunicazione rispettosa del proprio e dell'altrui ruolo. L'azione comunicativa ha bisogno della condivisione non solo di premesse tecniche, ma, soprattutto, di un orizzonte etico. Le interazioni umane nel lavoro devono essere permeabili al mutamento, alla novità, alla ricostruzione.

Lavorare in équipe non significa annullare la specificità dei compiti, essendo le differenze tecniche contributo fondamentale alla qualità del servizio da offrire.

Nel lavoro multidisciplinare, ogni figura professionale, pur integrandosi con le altre, mantiene un ruolo centrale e pari dignità, per potenziare l'intervento mirato al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La qualità dell'assistenza sanitaria è direttamente proporzionale alla qualità delle relazioni interpersonali tra le diverse figure professionali dell'équipe integrata e delle relazioni con i pazienti.

Conoscere i limiti della propria professionalità e i confini del proprio ruolo è una prerogativa importante e la capacità di ascolto e di dialogo è di grande rilevanza. (EQUIPE MULTIDISCIPLINARE E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA IN OSPEDALE, 2011)

3.5. *Le principali Figure Professionali*

Le figure professionali che a differenti livelli si fanno carico della continuità assistenziale dell'anziano fragile si possono collocare sia all'interno delle strutture che offrono servizi socio sanitari che all'esterno.

I Medici di Medicina Generale rappresentano per il cittadino il primo riferimento per la propria salute, assume un'importanza cruciale all'interno del percorso assistenziale, in quanto rappresenta il collegamento funzionale tra l'ospedale, le strutture e il domicilio, nonché il punto di riferimento per l'anziano fragile nelle fasi di prescrizione, diagnosi e assistenza. E' parte dell'equipe multidisciplinare della VMD, la sua presenza sul territorio e la sua più approfondita conoscenza del paziente rappresentano una risorsa per la pianificazione di percorsi assistenziali adeguati.

Il MMG è presente nelle strutture intermedie, nell'ospedale di comunità, spesso anche nell'unità riabilitativa territoriale ed infine nelle RSA, nelle strutture protette e negli hospice.

L'infermiere rappresenta una professionalità trasversale alle varie tipologie di assistenza, dall'ospedale al domicilio. Si trova a svolgere tre compiti fondamentali: Componente della VMD, Case Manager all'interno dei PAI, Figura di riferimento per l'assistenza domiciliare.

Il Terapista della Riabilitazione è un operatore di interesse sanitario che svolge indirettamente attività di prevenzione, assistenza cura o riabilitazione

L'assistente sociale è un operatore sociale che svolge la propria attività a favore di individui, gruppi e famiglie, per prevenire e risolvere situazioni di bisogno, aiutando l'utenza nell'uso personale e sociale di tali risorse, organizzando e promuovendo prestazioni e servizi per una maggiore rispondenza degli stessi alle particolari situazioni di bisogno e alle esigenze di autonomia e responsabilità delle persone, valorizzando le risorse della comunità.

Lo Psicologo è una figura sanitaria e sociosanitaria che si occupa del benessere della persona, della sua famiglia e della comunità. (LINEE GUIDA NAZIONALI PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA, 2013)

4° CAPITOLO

4.1 Esperienza di tirocinio “Progettazione ospite – Uoi”

Durante il mio periodo di tirocinio presso la Residenza Santa Margherita ho avuto la possibilità di approfondire il ruolo molto importante dell'équipe nella stesura del PAI attraverso le Unità Operative Interne. Di seguito parlerò più nello specifico del PAI ma in particolar modo del PAI WEB cioè la versione informatizzata che è stata adottata dalla struttura.

Le UOI vengono convocate per tutti gli ospiti autosufficienti, parzialmente autosufficienti e non autosufficienti accolti da almeno 30/40 giorni e la cui permanenza prevista non sia inferiore a tre mesi.

L'Unità Operativa Interna con il suo Progetto è la sintesi della valutazione multidimensionale e multi professionale effettuata in équipe sulla condizione di bisogno dell'anziano.

Ogni professionista compila la parte di competenza nel “Progetto” informatizzato rilevando le problematiche, segnalando gli obiettivi e propone le attività per il raggiungimento degli obiettivi. Il lavoro di gruppo prevede la discussione del caso al fine di arrivare ad una decisione unica e condivisa.

La Residenza Santa Margherita nel perseguire il benessere dei propri ospiti ritiene di dover attuare un Piano Assistenziale Individuale redatto dall'équipe che permetta una sintesi del programma di lavoro dei vari operatori che dovranno intervenire.

I professionisti coinvolti sono: Medico di Medicina Generale, Coordinatore Infermieristico o delegato, Responsabili oss, Psicologo, Educatore, Animatore, Coordinatore ASL, Fisioterapista, Direttore o suo delegato. Possono altresì essere attivati: Geriatra e Logopedista.

Qualora se ne ritenesse rilevante la partecipazione rilevante possono esser coinvolti: volontari, familiari ed operatori interni.

Il Coordinatore ASL è il principale garante di una corretta, puntuale e concreta realizzazione del Progetto, della stesura del PAI e delle seguenti rivalutazioni.

Il moderatore è il responsabile della programmazione delle riunioni di progetto , ad ogni nucleo è assegnato un moderatore. Il progetto definito dall'équipe viene redatto dal moderato sulla Cartella Utente.

Mensilmente il moderatore concorda le date delle riunioni di Progetto e ne da comunicazione tramite un apposito programma a computer.

E' fondamentale presentarsi alle UOI con tutta la documentazione riguardante gli ospiti in analisi.

Precisamente è richiesta la compilazione della seguente documentazione su Cartella Utente (sistema informatizzato):

- “Valutazione sanitaria” a cura del Medico e del Coordinatore infermieristico;
- “Valutazione funzionale mobilità” a cura delle Responsabili Oss – Referente o delegato;
- “Scheda bibliografica” a cura dell'educatore;
- “Valutazione Cognitiva” a cura dello psicologo e qualora lo ritenga opportuno la compilazione del modulo “MMSE”;
- “Valutazione sensoria e comunicativa” a cura del logopedista o psicologo;
- “Valutazione cognitivo relazionale” a cura dell'educatore;
- “Scala Tinetti” a cura del fisioterapista.

A discrezione del medico la valutazione può essere integrata mediante l'utilizzo delle seguenti scale:

- “Scala di gravità clinica della demenza” a cura del medico;
- “Indice cumulativo di comorbilità” a cura del medico;
- “Scala di Cornell” a cura del medico.

Il moderatore del Progetto presenta l'ospite, mostra quanto registrato nelle varie aree e passa la parola ad ogni singolo professionista. Ogni professionista elenca le problematiche riscontrate, gli obiettivi previsti e le attività proposte. Si controllando le schede collegate al Progetto, la pianificazione delle attività ed eventuali verbali di colloquio intrattenuti con i familiari.

Le informazioni sono integrate dai partecipanti con ulteriori elementi di conoscenza non evidenziati nel resoconto generale.

Durante la riunione si definiscono le problematiche e si validano gli obiettivi da perseguire tenendo conto, contemporaneamente, dei bisogni evidenziati e delle risorse disponibili e attivabili.

L'obiettivo deve essere chiaro, realisticamente raggiungibile, riferito ad aspetti concreti e misurabili.

Ogni Responsabile è tenuto a presentare in esame il modulo "Annotazioni ospite", questo è il documento sul quale operatori assistenziali ed infermieri segnalano gli importanti eventi che possono aver influito sullo stile di vita, sulle abitudini e bisogni dell'ospite dopo la data della riunione di Progetto.

La verifica del progetto è prevista con frequenza trimestrale.

Tutti gli operatori hanno la possibilità di visualizzare in lettura il progetto sempre aggiornato rispetto alle rivalutazioni e verifiche.

4.2 Pai Web

Presso la Residenza Santa Margherita si utilizza il PAI WEB informatizzato.

Con la gestione del PAI informatizzata si ha la capacità di poter visualizzare ed elaborare in tempo reale qualsiasi dato richiesto, fornendo un documento di file più o meno sintetico da inviare o stampare.

Il PAI consente di definire il piano di intervento assistenziale sull'ospite mediante:

- a) La definizione dei problemi dell'ospite
- b) La definizione degli obiettivi da raggiungere
- c) La definizione degli indicatori soggettivi e oggettivi per verificare il raggiungimento degli obiettivi
- d) La pianificazione di attività di tipo sanitario e socio-assistenziale
- e) La pianificazione di attività di revisione e verifica

I PAI non hanno limitazioni per quanto riguarda la durata che il numero di revisioni e verifiche.

Gli strumenti di accesso e definizione consentono di:

- a) Operare mediante gerarchie di tipo Unità Operativa – Aree di intervento
- b) Possibilità di definire revisioni del Pai da parte dell'unità di controllo e verifiche da parte delle aree di intervento
- c) Accesso mediante i profili degli operatori alle sezioni consentendo la modifica delle sole sezioni abilitate
- d) Definire per ciascun ospite quale indicatori usare fra quelli previsti nel modello
- e) Definire un numero di problemi non limitato e in numero diverso per ciascun ospite
- f) Accedere in maniera efficace alle varie informazioni del Fascicolo socio-sanitario per poter valutare in modo completo ed esauriente lo stato e l'andamento nel tempo dell'ospite
- g) Avere un pannello di controllo dell'andamento del singolo ospite o di un reparto

Le qualità del Pai WEB si possono brevemente sintetizzare nelle seguenti specifiche:

1. Unico, a durata limitata nel tempo e legato alle condizioni di salute
2. Sintetico con indicazioni chiare
3. Strutturato su uno o più obiettivi raggiungibili divisi per area
4. Storicizzato
5. Profilato per l'accesso in Modifica, Visualizzazione e Stampa: Esiste un Tutor o responsabile del Pai e degli operatori che hanno accesso alle diverse sezioni del PAI durante le attività di Revisione e Verifiche. (www.softwareuno.it)

Di seguito è stato riportato un esempio di Pai Web tratto da www.softwareuno.it (Figura 2)

Figura 2: Esempio di PAI WEB

Controllo situazione PAI

The screenshot displays the 'Cartella Utente Web' interface for 'Res. Cardinale Carlo Carlini'. The top navigation bar includes 'Nucleo Verde', 'direttore sanitario Amministratori', and '0 Segnalazioni | Invia Esol'. A secondary menu contains 'Info', 'Repario', 'Ospiti', 'Analisi Dati', 'Qualità', 'Moduli', and 'Impostazioni'. Below this is a filter and sorting section, and a 'Stampa' button.

The main content area is a table with four tabs: 'Situazione PAI aperti', 'Utenti senza PAI attivi', 'Utenti con PAI scaduti', and 'Utenti con PN in scadenza'. The table has five columns: 'Centro attività', 'Utente', 'Stato', 'Prossime Scadenze', and 'Problemi'.

Centro attività	Utente	Stato	Prossime Scadenze	Problemi
Nucleo Verde	Aaddossati Pierpina	In Stesura 28/09/2010 09.31	Revisione: 01/11/2010	Visualizza/Modifica Problema generale di assetto dell'ospite ★★★★★ Area Riabilitativa ★★★★★ Area Assistenziale ★★★★★ Area Sanitaria
Nucleo Verde	Aascani Ilana	Verifica Area Riabilitativa 04/10/2010 17.05	Revisione: 30/10/2010	Visualizza/Modifica L'ospite non si alza spontaneamente, bisogna sempre stimolarlo ★★★★★ Area Riabilitativa ★★★★★ Area Assistenziale L'ospite è entrato in depressione a causa del... ★★★★★ Area Assistenziale Bisogna accompagnarlo spesso in bagno. ★★★★★ Area Riabilitativa ★★★★★ Area Assistenziale
Nucleo Arancio	AR12146 PIERINA	Verifica Area Assistenziale 04/10/2010 12.02	Revisione: 01/11/2010	Visualizza/Modifica Il primo problema è rendere l'ospite sicuro sia fisicamente che psicologicamente ★★★★★ Area Assistenziale ★★★★★ Area Riabilitativa
Nucleo Verde	BE12222 ROSA	In Stesura 14/10/2010 12.04	Revisione: 10/11/2010 Verifica Area Assistenziale: 04/11/2010 Verifica Area Riabilitativa: 08/11/2010 Verifica Area Sanitaria: 07/11/2010	Visualizza/Modifica Ospite affetta da sindrome da allattamento in esiti di emorragia cerebrale, gastroresecata per ulcera, osteoporosi, ipotiroidismo. Afasia. ★★★★★ Area Sanitaria ★★★★★ Area Riabilitativa

CONCLUSIONI

Negli ultimi anni, la presenza di una popolazione sempre più numerosa, anziana, e portatrice di più patologie croniche rappresenta il principale presupposto da cui partire per il rinnovamento dell'idea di sanità e assistenza.

Per soddisfare bisogni sempre più complessi correlati a patologie croniche, si è sviluppata e confermata la strategia dell'integrazione socio-sanitaria.

Nello specifico per quanto riguarda l'anziano fragile vi è la necessità di una presa in carico totale attraverso l'approccio multidimensionale.

La valutazione multidimensionale attraverso l'unità valutativa multidimensionale ha l'obiettivo di definire in modo complesso lo stato di salute della persona anziana ed individua le aree sulle quali intervenire attraverso l'utilizzo di vari strumenti e scale di valutazione. Attraverso la VMD l'équipe multi professionale elabora un progetto personalizzato di interventi, individuando le migliori soluzioni.

Negli ultimi anni in Veneto e altre Regioni Italiane si stanno sviluppando i PAI Percorsi Assistenziali Individualizzati. Più precisamente questo documento sintetizza in un'ottica multidisciplinare le informazioni relative al soggetto in condizioni di bisogno, con lo scopo di postulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che abbia l'obiettivo primario di favorire la miglior condizione di salute e benessere del soggetto in questione.

Il PAI è stato introdotto nel mondo della Residenza Sanitaria Assistenziale grazie alle caratteristiche di queste strutture di essere un servizio extraospedaliero con un'integrazione di assistenza sanitaria e sociale.

Grazie all'équipe multidisciplinare presente in queste strutture si predispongono i PAI per tutti gli ospiti, questo strumento garantisce all'ospite un'assistenza su misura e personalizzata. Nei servizi alla persona l'integrazione tra le figure professionali produce l'efficacia del trattamento, maggior controllo ed informazione reciproca, omogeneità degli interventi, condivisione degli obiettivi e delle modalità operative ed il miglioramento del clima organizzativo. Tutto ciò è stato confermato durante la partecipazione alle UOI d'équipe durante il mio periodo di tirocinio.

L'introduzione del PAI nelle strutture ha in qualche modo rivoluzionato l'assistenza all'anziano. Con esso anche tutti gli operatori diventano attori delle strategie d'intervento. L'assistenza è personalizzata e non si cade nel rischio che tutti gli anziani vengano considerati uguali.

Il PAI è lo strumento che porta alla conoscenza integrale dell'ospite e a una definizione precisa degli obiettivi e degli interventi quindi un'espressione importante del lavoro di gruppo multi professionale.

Attraverso la mia esperienza presso la Residenza Santa Margherita posso confermare che il PAI è essenziale per poter perseguire il benessere dell'ospite attraverso un intenso lavoro d'equipe. La struttura possiede un'ottima organizzazione che lavora per gli anziani e con gli anziani, perché attiva molti servizi, eroga prestazioni, rispetta le normative sugli standard strutturali, organizzativi e procedurali, riflette e progetta le proprie azioni e le orienta positivamente in ogni campo riuscendo a mantenere e sviluppare salute, autonomia e quindi qualità di vita nei propri fruitori. Inoltre è un'organizzazione efficace perché riesce a lavorare in sinergia con le altre istituzioni del territorio, come l'ospedale, domiciliare, territorio ed altre RSA perché lavorare per la qualità del servizio significa anche lavorare comunicando obiettivi, metodo e risultati messi in campo, in una parola garantire continuità nei trattamenti.

BIBLIOGRAFIA

ISTAT (2015). Indicatori demografici, Stime per l'anno 2014. Tratto da www.istat.it

ISTAT (2014). Rapporto annuale 2014, Capitolo 4. Tendenze demografiche e trasformazioni sociali. Nuove sfide per il sistema del welfare. Tratto da www.istat.it

MONICA ZANOLLA (2009). La progettazione terapeutica nelle strutture socio-sanitarie, Capitolo 2, La Valutazione Multi Dimensionale VMD. Maggioli Editore.

REPORT OF THE COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, 1990

ALLEGATO B alla Dgr n. 975 (2013). Linee guida per l'organizzazione del distretto sociosanitario.

FRIED L. et al (2009) Fried L, Walston JD, Ferrucci L. *Frailty*. In: Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, et al., eds. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 6th Ed. New York: Mc Graw Hill 2009, p. 631-45

DE LEPELEIRE J. Et al. (2009), De Lepeleire J, Hiffe S, Mann E, et al. *Frailty: an emerging concept for general practice*. Br J Gen Pract 2009;59:e177-82.

GOBBENS RJJ Et al (2010), Gobbens RJJ, van Assen MAL, Luijkx KG, et al. *Determinants of frailty*. J Am Med Dir Assoc 2010;11:356-64.

A.PILOTTO Et al. (2009) A. Pilotto, L. Ferrucci Editoriale Verso una definizione clinica della fragilità: utilità dell'approccio multidimensionale A clinical definition of frailty: usefulness of the multidimensional assessment.

BERNABEI R. Et al. (2008), Barnanei R. , Landi F, Onder G, et al. *Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2008;63:308-13.18.

LINEE GUIDA NAZIONALI PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA (2013) Guida nazionali per l'integrazione socio sanitaria AIDA. Tratto da www.projectaida.eu

REGIONE DEL VENETO (2011) Allegato B alla Dgr n. 2372 del 29 dicembre 2011 e Bur n. 71 del 20 settembre 2011.

ROFFIA R. Et al., (2010). ROFFIA R. Et al., TADDEI A., ZANI M. La documentazione sanitaria e sociale in RSA. *Assessorato alle Politiche Sociali e Sanitarie, Materiali dell'Osservatorio Sociale, Quaderno 5.* Tipografia Commerciale Cooperativa, Mantova. pp 34 – 41.

FRANCO LUCISANO (2014) Igiene e cultura medico-sanitaria.

GIANLUIGI VIGANO' (2013) La collaborazione interprofessionale per la cura della persona anziana.

LINA PAGANINI (2007) Il PAI come strumento di lavoro nelle Rsa tratto da: <http://brescia.ipasvibs.it>

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA IN OSPEDALE (2011), tratto da <http://www.mdc-net.org/it/convegni/congresso-internazionale-2007/199-equipe-multiprofessionale-e-qualita-dellassistenza-in-ospedale.html>

SITOGRAFIA

<http://www.animanziani.it>

(Lina Paganini 2007 *Il PAI come strumento di lavoro nelle Rsa* <http://brescia.ipasvibs.it>)

SOFTWARE per la gestione degli ospiti Cartella Utente WEB www.softwareuno.it